

**SUORTE INTERPARES NO CONTEXTO DE UMA PESQUISA CLÍNICA:
DIFICULDADES, FACILITADORES E EXPERIÊNCIAS SIGNIFICATIVAS NO
PROCESSO DE TRABALHO**

*Peer support work within the context of a clinical trial: Difficulties, facilitators and meaningful
experiences in the work process*

Catarina Magalhães Dahl¹
Flávia Mitkiewicz de Souza²
Ezra Susser³
Giovanni Marcos Lovisi⁴
Maria Tavares Cavalcanti⁵

Artigo encaminhado: 20/11/2016
Aceito para publicação: 20/02/2017

RESUMO: O suporte interpares é uma abordagem inovadora que vem sendo, crescentemente, incorporada aos sistemas e políticas públicas de saúde mental, embora ainda pouco implementada e investigada no contexto brasileiro. Baseia-se na crença de que pessoas com problemas de saúde mental, que passaram por situações crise ou adoecimento e conseguiram superá-las em sua jornada de recuperação, podem estabelecer uma relação de ajuda, respeito mútuo e suporte social com outras pessoas que estejam passando por situações similares. O presente estudo tem como objetivo analisar as narrativas pessoais sobre o suporte interpares, com ênfase nas dificuldades, nos facilitadores e experiências significativas vivenciadas no processo de trabalho de uma pesquisa clínica. Trata-se de um estudo qualitativo, baseado em narrativas e informado pelo paradigma interpretativo. A principal técnica utilizada para obtenção das narrativas foram os grupos focais e os registros das supervisões clínicas, que foram audiogravados, transcritos, codificados e analisados. Foram criadas as seguintes categorias temáticas e subcategorias: 1) Suporte interpares: acompanhamento, atividades e papel do parceiro do cuidado; 2) Facilitadores: auto-motivação, apoio da equipe e benefícios para si; 3) Dificuldades: dificuldades pessoais, condição de existência dos usuários, organização do

¹ Catarina Magalhães Dahl, Professora substituta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ

² Flávia Mitkiewicz de Souza, Psicóloga, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, bolsista - CNPq.

³ Ezra Susser, MD, DrPH, Professor de Epidemiologia e Psiquiatria, Diretor do Programa de Treinamento em Epidemiologia da Escola Mailman de Saúde Pública, Universidade de Columbia e Instituto de Psiquiatria, Nova Iorque, NY, E.U.A.

⁴ Giovanni Marcos Lovisi, Professor associado de Saúde Pública do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Bolsista de Produtividade - CNPq

⁵ Maria Tavares Cavalcanti, Professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), diretora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

trabalho e problemas do território. O suporte interpares revelou-se como uma abordagem potencialmente benéfica, tanto para quem recebe o cuidado, quanto para o próprio provedor do cuidado em seu processo de restabelecimento. Dificuldades e desafios também se encontram presentes nas narrativas, principalmente aqueles relativos à delimitação do papel do parceiro, às condições psíquicas dos mesmos, ao cotidiano de trabalho e aos problemas do território.

Palavras-chave: Suporte Interpares. Narrativas Pessoais. Recuperação. Saúde Mental.

ABSTRACT: Peer support work is an innovative approach that has been increasingly incorporated into public mental health systems and policies, although still little implemented and investigated in the Brazilian context. It is based on the belief that people with mental health problems who have experienced crisis or illness and have overcome them on their recovery journey can establish a relationship of help, mutual respect and social support with others who are going through similar situations. The present study aims to analyze the personal narratives about peer support, with emphasis on the difficulties, facilitators and significant experiences experienced in the work process of a clinical research. It is a qualitative study, based on narratives and informed by the interpretative paradigm. The main research technique used to elicit the narratives were the focus groups and clinical supervision records, which were audio recorded, transcribed, coded and analyzed. The following thematic categories and subcategories were created: 1) Support peer: accompaniment, activities and the role of peer; 2) Facilitators: self-motivation, team support and benefits for themselves; 3) Difficulties: personal difficulties, condition of existence of users, work organization and problems of the territory. Peer support has proved to be a potentially beneficial approach for both care recipients and caregivers themselves in their recovery process. Difficulties and challenges are also present in the narratives, especially those concerning the delimitation of peer support roles, their psychic conditions, daily work activities and problems of the territory.

Keywords: Peer Support Work. Personal Narratives. Recovery. Mental health.

1 INTRODUÇÃO

O suporte interpares vem sendo crescentemente incorporado aos sistemas de saúde mental, sobretudo a partir dos anos 1990, com o surgimento do modelo do *Recovery*. Trata-se de uma abordagem que se inscreve no contexto mais amplo de mudança paradigmática do cuidado em saúde mental, engendrada na décadas de 70 nos países economicamente mais desenvolvidos, a partir do processo de desinstitucionalização, da reabilitação psicossocial e do movimento de usuários e sobreviventes do sistema psiquiátrico

(ANTHONY, 1993; DAVIDSON et al., 1999; SARACENO, 2001; DAVIDSON, 2003; SOLOMON, 2004).

Inspirado pelos princípios do respeito, da auto-determinação e da esperança, na década de 1970, o movimento do *Recovery* protesta contra o pensamento médico-psiquiátrico bem estabelecido, que ganha expressão no legado kraepeliniano (DAVIDSON, 2003), e se desenvolve a partir de dois eixos: 1) promoção de uma visão mais otimista e pessoalmente fortalecedora da recuperação, baseada nas narrativas pessoais e 2) mobilização de organizações de base para defesa dos direitos e pelo tratamento humanizado (CHAMBERLIN, 1990; WEINGARTEN, 2001; STASTNY e BROWN, 2013).

Embora o surgimento do suporte interpares seja atribuído ao movimento do *Recovery*, a sua origem remonta à constituição inicial dos grupos de ajuda e suporte mútuo, nos anos 1920/1930, nos E.U.A, e mesmo a manifestações de usuários, e valorização de relatos autobiográficos no século XIX (DAVIDSON et al, 2006; VASCONCELOS, 2016).

Segundo Weingarten (2001) e Stastny e Brown (2013), porém, o suporte interpares se constitui como dispositivo de cuidado integrado ao sistema de saúde mental, no final da década de 1980, a partir de lideranças que advogam pelo envolvimento de usuários e familiares em todos os níveis do sistema. Experiências pioneiras de programas e serviços dirigidos por usuários incorporam o suporte interpares, nos quais usuários assumem o papel de pares ou “parceiros”⁶, cuidando e favorecendo o processo de restabelecimento (*recovery*) de outros usuários. A partir dos anos 1990/2000, o suporte interpares passa a ser integrado ao sistema de saúde mental de países como os E.U.A, Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra e Canadá, sendo também considerado um componente importante da rede de saúde mental e um elemento essencial do processo de *recovery* (DAVIDSON, 2003; FARKAS e ANTHONY, 2010; REPPER e CARTER, 2011; MIYAMOTO e SONO, 2012).

O suporte interpares baseia-se na crença de que pessoas com a experiência de adoecimento mental, que passaram por situações catastróficas (ANTHONY, 1993), de crise, e conseguiram superá-las em sua jornada de recuperação (DEEGAN, 1996), podem estabelecer uma relação de confiança, respeito, mutualidade e suporte emocional com

⁶No idioma inglês existe uma distinção entre *peer suport work* (PSW) e *peer support worker* (PSWs). O primeiro vem sendo traduzido para o português por “suporte de pares”, “apoio de pares” ou “suporte interpares”. Já, *peer support worker* pode ser traduzido por “prestadores de suporte de pares”, “par” ou “parceiro”, e refere-se à pessoa com a experiência de adoecimento que trabalha ajudando outras pessoas com problemas de saúde mental. Nesse trabalho utilizaremos o termo “parceiro do cuidado” (DUARTE e KANTORSKI, 2011:51; DELGADO, 2014:1105) como tradução de “*peer support worker*”, sem, no entanto, desconsiderar as diferentes traduções existentes. A escolha pela palavra “parceiro”, em detrimento de “par”, deve-se ao fato de a primeira englobar tanto a dimensão dialógica, daquilo que é comum (mutualidade), como também a dimensão da singularidade da experiência humana, ao passo que a última pode nos remeter somente à ideia de igualdade, e possivelmente desconsiderar a dimensão da ipseidade (PARNAS e SASS, 2001), i.e., daquilo que nos diferencia em relação ao outro.

outras pessoas que estejam passando por situações similares (MEAD, HILTON e CURTIS, 2001; SOLOMON, 2004; DAVIDSON et al, 2006; FARKAS e ANTHONY, 2010; STASTNY,2012).

Existe um consenso acerca da necessidade de haver maior clareza sobre papel do parceiro do cuidado (DAVIDSON et al.1999), podendo este papel ser “problemático” em virtude de suas atribuições e limitações (MOWBRAY, MOXLEY e COLLINS, 1998: p. 398). Davidson e colegas (1999,2006) sugerem três categorias amplas de intervenções oferecidas por parceiros: a) suporte mútuo; b) participação em programas dirigidos por usuários/consumidores e c) usuários como prestadores de serviços (2006:444-5). Enquanto as duas primeiras formas de cuidado acontecem fora dos *settings* tradicionais dos serviços, a partir de relações recíprocas iniciadas espontaneamente na comunidade, na terceira os parceiros atuam como especialistas de sua própria experiência, prestando serviços integrados à rede formal de saúde e suporte social. Solomon (2004, p.393), por sua vez, delinea seis categorias para o suporte interpares: grupos de auto-ajuda; grupos de suporte na internet; serviços prestados por pares; serviços dirigidos e operados por pares; parcerias; e pares empregados.

Apesar de abordagens de ajuda e suporte mútuo serem uma parte importante do movimento do *Recovery*, o emprego formal de parceiros, treinados e remunerados pelo trabalho que desempenham na rede de serviços e cuidados é algo ainda recente no âmbito da Saúde Mental Global. Em uma ampla e aprofundada revisão sobre reabilitação psiquiátrica, Farkas e Anthony (2010) mencionam diversos estudos cujos achados indicam que o suporte interpares produz efeitos positivos para quem recebe a intervenção, como redução de hospitalizações, melhora e recuperação, entre outras medidas (REPPER e CARTER, 2011; STASTNY e BROWN, 2013).

Já, no que concerne aos benefícios para os próprios parceiros, em um estudo que descreve o desenvolvimento de um programa de treinamento de pares em Hong Kong, Tse e colegas (2013) avaliaram que os parceiros apresentaram melhora nas medidas de *recovery* após o treinamento. Além disso, relataram que o treinamento contribuiu para aquisição de conhecimento e para o estabelecimento de relações de parceria e apoio com os supervisores, fazendo-os se sentirem mais esperançosos. Mowbray, Moxley e Collins (1998) também identificaram que os parceiros reconhecem benefícios para si próprios, como ganhar dinheiro, adquirir habilidades específicas e voltarem a ter uma rotina de trabalho.

No Brasil, abordagens que incorporam os direitos humanos, promoção da autonomia, protagonismo e empoderamento de usuários como princípios nascem no

campo da reabilitação psicossocial e integram o movimento da Reforma Psiquiátrica desde seus primórdios (PITTA, 2001; VASCONCELOS, 2016). No entanto, o modelo do *Recovery*, tal como se desenvolveu nos países anglo-saxões, apenas recentemente vem despertando o interesse de usuários, profissionais e pesquisadores (ASSIS; VILLARES; BRESSAN, 2008; LOPES et al, 2012; BACCARI, ONOCKO CAMPOS e STEFANELLO, 2015). Nessa perspectiva, observa-se que as abordagens que incorporam o suporte interpares, de maneira formal e sistemática na rede de saúde mental, ainda são esparsas no contexto brasileiro e latino-americano, quando comparados à tradição anglo-saxã (LEFLEY, 2005; STASTNY, 2012; VASCONCELOS, 2016). Quando existentes, tais iniciativas voltam-se prioritariamente para a defesa dos direitos e constituição de associações e parcerias entre usuários, familiares e profissionais. Além disso, geralmente, são pouco registradas ou mantêm forte vinculação institucional, e mesmo dependência, com a rede de serviços de saúde mental (VILLARES et al., 2013; VASCONCELOS, 2016).

Ressaltam-se, porém, algumas experiências pioneiras em que usuários/familiares atuam como educadores na formação de estudantes e profissionais, compartilhando suas narrativas de adoecimento e recuperação (EL-JAICK et al., 2016); envolvendo-se em pesquisas (PRESOTTO et al., 2013; DELGADO, 2014) ou como facilitadores de grupos de ajuda mútua (VASCONCELOS, 2016). Ressalta-se, ainda, a existência de diversas experiências, relações e processos de ajuda e suporte mútuo que se constituem espontaneamente, formando redes de solidariedade entre usuários e familiares, seja no contexto dos serviços, seja no contexto comunitário. Estas, porém, são ainda mais difíceis de se mapear.

O presente artigo tem como objetivo analisar as narrativas de parceiros do cuidado sobre o suporte interpares, com ênfase nas dificuldades, nos elementos facilitadores e experiências significativas vivenciadas no processo de trabalho do projeto RedeAméricas.

2 REDEAMÉRICAS

A Rede de Pesquisa em Saúde Mental das Américas - RedeAméricas (RA) - originou-se de uma parceria entre a Universidade de Columbia (Nova Iorque, E.U.A) com universidades latinoamericanas (Universidade Federal do Rio de Janeiro: Universidade do Chile; Universidade Nacional de Córdoba), para constituição de uma rede colaborativa de pesquisa em saúde mental. Trata-se de um projeto piloto em que, pela primeira vez no Brasil e na América Latina, uma intervenção psicossocial foi avaliada através de um ensaio clínico randomizado controlado. Este projeto faz parte de uma iniciativa do *National Institute*

of *Mental Health* (NIMH) dos E.U.A para o financiamento e a constituição de cinco redes colaborativas de pesquisa em saúde mental (SUSSER, 2012). Integra-se também ao movimento mais amplo da Saúde Mental Global (*LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP*, 2007).

A RA delineou-se a partir de dois componentes: um Componente de Pesquisa e um Componente de Capacitação. Estes dois componentes encontram-se interconectados e são projetados para funcionarem em sinergia um com o outro. O Componente de Pesquisa consistiu na realização de um ensaio clínico randomizado controlado (RCT), para avaliar uma intervenção psicossocial - a Intervenção para Períodos de Transição – Compartilhamento de Cuidados (*Critical Time Intervention-Task Shifting* – CTI-TS), implementada na rede de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro (Brasil) e em Santiago (Chile), em 2014-2015. O Componente de Capacitação visou qualificar jovens pesquisadores, profissionais (nível médio e superior) e usuários em processo de restabelecimento para atuarem como lideranças no campo da saúde mental.

A CTI-TS é uma adaptação da *Critical Time Intervention* (CTI), intervenção psicossocial focada e limitada no tempo (nove meses) criada em Nova Iorque nos anos 90, e voltada para pessoas com problemas mentais graves que se encontram em situação de transição, com dificuldades para se estabilizar na vida comunitária. Originalmente, a CTI é operacionalizada por um agente comunitário de saúde mental que acompanha, ao longo de nove meses, 10-15 pessoas com problemas mentais. Tem como objetivo fortalecer os vínculos dos usuários com a família, a comunidade e a rede formal e informal de saúde e suporte social (SUSSER et al., 1997). A CTI já foi adaptada em diferentes países, inclusive no Brasil (CAVALCANTI et al., 2011).

No projeto Redeamericas, entretanto, foi proposta uma inovação no desenho da intervenção, por incorporar o suporte interpares em seu método de trabalho (STASTNY, 2012). Na prática, significa dizer que a intervenção foi operacionalizada por um agente comunitário de saúde mental (ACSM) e um parceiro do cuidado (PC). Juntos, o ACSM e o PC formaram uma dupla de trabalho para acompanhar, ao longo de nove meses, os participantes do estudo clínico: pessoas com transtornos mentais graves, em tratamento em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, que tinham ido pela primeira vez ao serviço, nos nove meses anteriores ao início da intervenção ou retomado o tratamento após um ano de interrupção. A amostra contou com a participação de 50 pessoas que foram alocadas aleatoriamente em dois grupos: um grupo de intervenção e um grupo controle. O grupo de intervenção (N=25) recebeu o

tratamento regular do CAPS mais a intervenção CTI-TS e o grupo controle recebeu somente o tratamento regular do CAPS (N=25).

De acordo com o protocolo de pesquisa, o papel do agente comunitário de saúde mental era o de fazer a ligação com o CAPS, com a rede de atenção primária à saúde e a rede de suporte social do participante do estudo, além de intervir junto à família. O papel do parceiro do cuidado, por sua vez, era o de compartilhar a sua experiência com o usuário, acompanhando-o em suas atividades cotidianas; criar uma relação de apoio mútuo e fazer a ligação com a rede informal de suporte (igrejas, atividades de lazer, eventos).

O processo de trabalho englobou uma fase formativa, para treinamento teórico-prático dos trabalhadores (março 2012 a maio 2014), e uma fase de implementação da intervenção propriamente dita (maio 2014 a novembro 2015). O processo de seleção e treinamento dos parceiros do cuidado está descrito mais detalhadamente em outro trabalho (DAHL et al, 2013). Ao final do processo de seleção, foram contratadas quatro duplas de trabalhadores, três para implementar a intervenção e uma suplente, caso houvesse algum problema no decorrer do processo de trabalho.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em narrativas (RIESSMAN, 2008), que se propôs investigar o tema do suporte interpares, a partir do quadro de referência do paradigma interpretativo (FOSSEY et al, 2002; CRESWELL, 2014).

A pesquisa qualitativa se fundamenta no argumento de que a experiência subjetiva, a ação humana e os processos de interação social devem ser descritos e compreendidos a partir dos sentidos que os atores atribuem às suas experiências, relações interpessoais e contextos sociais (CRESWELL, 2014). Essa perspectiva baseia-se na ideia de que as realidades são múltiplas, uma vez que a natureza da realidade é subjetiva, mutável, socialmente construída e situada no contexto interacional, a partir de uma relação dialética com o outro e da intencionalidade que os sujeitos têm em sua relação com o mundo (CRESWELL, 2014). O pesquisador é compreendido como o próprio instrumento de investigação, devendo se aproximar ao máximo da visão dos participantes do estudo, a fim de acessar os sentidos construídos acerca de sua existência, fazendo disso um exercício empático de se colocar no lugar do outro *como se fosse o outro*, sem, contudo, sair de sua própria posição e negar a própria história (GADAMER, 2005).

Os cinco parceiros do cuidado que trabalharam no projeto participaram do estudo, constituindo assim uma amostra intencional. Os critérios de seleção foram os mesmos

considerados no protocolo da pesquisa mais ampla para seleção dos trabalhadores, além de aceitar participar do estudo.

A principal estratégia metodológica empregada para obtenção das narrativas produção de informações foi o grupo focal, sendo um realizado logo após o treinamento prático dos parceiros do cuidado (07/04/2014) e outro após o final da intervenção (16/03/2016), ambos no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. A escolha do grupo focal deveu-se ao fato de ser uma estratégia de geração de dados que permite a criação de um ambiente de mutualidade e contratualidade, de escuta e vocalização de grupos historicamente marginalizados (GIVEN, 2008, p. 352). Também se utilizou como fonte de informação os registros das supervisões clínicas, que aconteciam semanalmente no IPUB, além das observações oriundas do trabalho de campo. A triangulação das fontes de dados foi uma escolha dos pesquisadores para garantir maior alcance ao estudo (CRESWELL, 2014). Os grupos focais e as supervisões foram áudiogravados, transcritos, codificados e analisados.

Ambos os grupos contaram com a participação de quatro parceiros do cuidado, três deles participaram dos dois grupos realizados, pois no início do processo de trabalho na pesquisa mais ampla houve a substituição de um trabalhador. Cada grupo durou, em média, uma hora e trinta minutos e foram conduzidos pela coordenadora de campo (CMD). Já, as reuniões de supervisão aconteciam semanalmente, com duração de três horas, sob condução da investigadora principal (MTC), durante dois anos e quatro meses.

A análise das narrativas aconteceu a partir da abordagem de análise temática (RIESSMAN, 2008) e englobou a leitura e codificação das transcrições feita por três pesquisadoras independentemente (MTC, CMD, FMS), à luz de categorias analíticas previamente pensadas e alinhadas com o enfoque deste artigo: “suporte interpares”; “dificuldades” e “facilitadores”. Em seguida, as pesquisadoras reuniram-se para validação códigos e subcategorias criadas e agrupamento das narrativas em temas de acordo com categorias analíticas construídas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (n. 699.038) e todos os participantes concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Criou-se nomes fictícios para os participantes, a fim de preservar o sigilo sobre sua identidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os cinco parceiros do cuidado que participaram do estudo, três trabalharam no treinamento e na implementação da CTI-TS, um trabalhou apenas em todo período de treinamento e um trabalhou em parte do período de treinamento, pois se desligou do projeto. As informações sociodemográficas dos participantes encontram-se resumidas no quadro abaixo.

Quadro 1. Características sociodemográficas dos participantes

Parceiro do Cuidado*	Gênero	Idade	Estado civil	Ocupação	Tempo de trabalho no projeto	Local de Tratamento	Mora com
Fernando	masculino	43	solteiro	pensionista	2 meses	IPUB	pai
Graça	feminino	55	casada	aposentada por invalidez	1 ano	IPUB	marido, filhas e netos
Jorge	masculino	53	solteiro	aposentado por invalidez	2 anos e 4 meses	IPUB	mãe
Rosane	feminino	29	solteira	desempregada	2 anos e 4 meses	CAPS	mãe, pai e irmãos
Téo	masculino	33	solteiro	desempregado	2 anos e 4 meses	CAPS	mãe

*Fonte: As informações foram coletadas através de questionário sociodemográfico elaborado especificamente para o presente estudo.

A distribuição dos participantes foi equilibrada quanto ao gênero. A idade mínima foi de 29 anos e a máxima 55 anos. O estado civil da maioria dos participantes é solteiro à época do estudo e todos moravam com a família. Ademais, todos os participantes estavam sem trabalhar quando foram selecionados para o projeto RA, embora estivessem em idade produtiva e tenham demonstrado interesse em exercer atividade remunerada.

A partir do processo de análise das narrativas, foram criadas as seguintes categorias analíticas: 1) Suporte interpares: acompanhamento, atividades e papel do parceiro; 2) Facilitadores: automotivação, apoio da equipe e benefícios para si e 3) Dificuldades: dificuldades pessoais, condição de existência dos usuários, organização do trabalho, aspectos administrativos e problemas do território. A seguir, serão apresentadas as narrativas organizadas à luz das categorias analíticas construídas.

4.1 Suporte interpares: acompanhamento, atividades e papel do parceiro

De modo geral, os parceiros referem-se ao trabalho na pesquisa como uma experiência de ganhos e aprendizado, aspecto também abordado por alguns autores (REPPER e CARTER, 2011; TSE et al, 2014). No que concerne ao acompanhamento e

vinculação com os usuários, enfatizam que isto se deu de forma processual. Apesar de identificarem alguns desafios na abordagem com os mesmos, como rebeldia ou isolamento, relatam que gradativamente foram conseguindo se aproximar, chegando a reconhecer os efeitos positivos do trabalho nos usuários acompanhados. Dentre as atividades realizadas pelos parceiros, destacam-se: atividades de lazer, como “jogar bola”; visitas domiciliares; conversas com o usuário e a família, com quem compartilham experiências, como a de audição de vozes e do uso de medicação; preenchimento de formulários; participação nas supervisões.

“O caso que eu achei mais interessante foi assim, que eu acompanhei foi dois. Todos foram bons pra mim, né, que aprendi...e bom pra eles! Porque a O. (usuária), quando ela chegou lá (...), era, assim, muito rebelde, uma mulher muito brigona, né?! Aí a gente, conhecendo ela, ela tava falando assim: ‘Ah, eu vim aqui no CAPS, ninguém me atendeu. ...aí não ninguém me atende aqui UPA, eu já estou doida pra bater (...) na mulher que não quer me atender!’. Aí depois fomos passando o tempo, indo pra sala, conversando eu, a ACSM e ela, nós três juntos. Aí ela foi se quebrantando, né, quebrantando, aí foi contando da família, do neto, contou a história dela todinha. E foi um caso tão interessante, que sempre que ela via a gente, quando a gente a via também, e ela abraçava a gente e ela ficava tão feliz (...) Aí, mas eu vi um avanço nela, entendeu, porque pelo menos, assim, perto da gente ela estava tão diferente, sabe?” (Téo, GF2).

“Tenho encontrado com o Z. (usuário), fui na casa dele também, mas ele é muito fechado, não consigo tirar as coisas dele. É a mulher dele que fala. Acho que ela evita conversar muito por causa dele. Mas eu estive lá, fui jogar bola e ele foi jogar dominó. Ele está indo ao CAPS. Eu acho que ele está dormindo muito. Sempre que eu chego lá ele está deitado. Aí eu perguntei se ele tem ouvido vozes. Ele falou que ouviu na quinta-feira pela última vez.” (Jorge, supervisão).

“Eu falei para ela que é muito importante tomar a medicação. Eu trabalho, mas tomo o remédio. Porque ela toma metade, né (...), mas eu falei assim para a G.: ‘é muito importante a gente tomar a medicação...’, quando encontrava com ela, ‘...assim até pra você trabalhar bem, pra você fazer sua faculdade...’, igual eu, eu estou trabalhando, mas eu estou tomando minha medicação certinha, entendeu? Eu não deixo de tomar minha medicação.” (Rosane, supervisão).

A experiência de vida, adoecimento e restabelecimento dos parceiros atravessa toda a sua narrativa, seja ao falarem espontaneamente sobre o trabalho, no contexto da supervisão, seja quando indagados no grupo focal. Também foi comum compartilharem as estratégias que utilizavam para si mesmos ou lançavam mão no encontro com o usuário e sua família, conforme observamos:

“A esposa dele (paciente) me perguntou ‘o quê que eu faço?!’ Falou que ele estava ouvindo vozes dela falando que ia matar ele, vozes da mãe dele dizendo que isso era mentira e ouvia vozes do padrasto dele que era para ele tomar cuidado. Eu falei para ela: ‘Olha, você pode falar para ele que acredita que ele está ouvindo as vozes, mas que você

não está escutando e que não vai matá-lo, que você está lá para ajudar. Tenta dizer que você acredita nele, e que não está com medo, por mais que você esteja' (...). Eu falei que já achei que o motorista do ônibus queria me matar. Também achei, em cima de uma pedra, que o cara queria me matar. Não sei se foi visão que eu tive, eu sei que eu vi ele assando umas bananas, ih, batatas...pensei: "minha batata está assando" (...) Eu falei para ele que já tinha passado por isso e que ele tem que acostumar, e com o tempo tomando o remédio vai acabar cessando isso." (Jorge, supervisão).

Ao falarem sobre o acompanhamento muitas vezes os parceiros referiam-se às condições de vida e existência dos usuários, pelas quais, muitas delas, já haviam experimentado. Frequentemente um parceiro se remetia à sua própria experiência ao falar sobre o usuário. Estratégias de lida criativas para superação dos obstáculos encontrados foram ressaltadas, conforme o relato abaixo:

"Eu acho que o caso do M., acho que foi, de certa forma, foi bem sucedido. E eu me colocava sempre no lugar dele, porque ele vivia, assim, praticamente sem luz, né? Na escuridão. Aí não tinha água encanada. Eu já morei em casa assim, entendeu? Não tinha luz, não tinha água encanada. Então eu... uma vez eu estava no trem, aí eu vi um rapaz vendendo uma lanterna de cabeça, uma lanterna, aí comprei para ele... comprei para ele a lâmpada, pra lanterna, para ele botar na cabeça e pelo menos ter uma luz dentro de casa, né?" (Jorge, GF 2).

A partir da análise das narrativas, observa-se que os princípios chave do suporte interpares - como o respeito e o estabelecimento de uma relação empática, baseada no compartilhamento de experiências e na mutualidade (MEAD, S., HILTON, D. & CURTIS, 2001; DAVIDSON et al, 2006, FARKAS e ANTHONY, 2010; REPPER e CARTER, 2011) – também estão presentes nas narrativas dos participantes:

"Eu acho que a missão é fazer com que aquela pessoa supere as dificuldades, né, no dia a dia, ter que mostrar que temos também, que a gente já teve que colocar, assim, no lugar daquela pessoa. Saber (...) olhar pra ela como se fosse a gente que tivesse ali e mostrar pra ela que pode superar, é andar, ocupar, né...se ela quiser, né? Que a gente não pode passar por cima, e essa é a parte mais difícil, porque, como eu gostaria, assim, (...) gostaria de fazer com o que tá acontecendo comigo, eu gostaria de fazer com tudo, mas gostaria que aceitasse. Aceitar o seu problema pra você poder chegar lá e saber como viver com ele pra você chegar ali, né?" (Graça, GF2).

Este achado leva-nos a crer que os parceiros têm clareza acerca do seu papel e das atividades a serem desempenhadas no processo de trabalho. Atividades como conversar, visitar o usuário, acompanhá-lo na vida cotidiana e no tratamento, compartilhar estratégias de lida e de manejo da medicação foram relatadas, sendo que muitas destas

são também destacadas na bibliografia. Porém, segundo Davidson e colegas (2006), poucos estudos se detêm em descrever as atividades desenvolvidas pelos pares.

4.2 Facilitadores: auto-motivação, apoio da equipe e benefícios para si

Consideram-se facilitadores os aspectos que ajudaram e favoreceram o processo de trabalho de suporte de pares durante a implementação da intervenção CTI-TS. A satisfação por ajudar outras pessoas, a aquisição de conhecimento e de habilidades para se comunicar, a remuneração e a responsabilidade em relação aos compromissos de trabalho, assim como o reconhecimento da equipe, da família e de profissionais foram aspectos motivadores, que favoreceram o processo de trabalho.

“Naquele dia que eu recebi o pagamento eu fiquei com uma felicidade que eu nunca tinha recebido o que... eu fiquei feliz, assim sabe, de receber o pagamento...as duas vezes...uma dignidade, entendeu? Eu nem sei dizer, autoestima...uma coisa assim que eu... eu estou me sentindo útil, assim, trabalhador, entendeu?” (Fernando, GF 1).

“O trabalho, ele te traz, assim, ele abre a sua mente. Até porque também é muito bom trabalhar, e também você recebe um dinheirinho, né, você recebe um dinheiro. Aquele dinheiro ali, você, poxa, como fiz, guardei um dinheirinho e o que acontece, você abre a mente, você aprende a andar em lugares que, às vezes, no começo dava medo, né, tipo assim (...) (Téo, GF2).

Os parceiros também destacaram o apoio do agente comunitário e a “confiança”, a “flexibilidade” e a “compreensão” da equipe como elementos que contribuíram para o trabalho e superação dos desafios vivenciados no cotidiano de trabalho.

“E foi interessante, muito interessante porque eles [equipe do CAPS] mais me ajudaram, aprendi muito com eles do que, cê tá entendendo (...) e acho que aprenderam comigo também, né? (...) Ajudou muito a gente. E a ACSM, até falar um pouquinho, interessante que eu não esqueço nunca, ela me ajudou muito, porque tinha dias que eu, tipo assim, o meu primeiro trabalho, né, naquela época não estava tão bem pra mim, né, não tava tão bem. E aquele calor, aquela época tava tão quente (...), às vezes, eu saía de lá, chegava lá bem e saía um pouco mal. Aí as pessoas traziam um lanche da barraquinha, comia um salgado, e assim, Maria, às vezes, me levava em Madureira, tal, aí eu aprendi... aí eu aprendi um caminho mais rápido, entendeu? Então foi, tipo assim, foi, aprendi muita coisa. Foi um aprendizado (Téo, GF 2)

“Eu acho que tava sempre dando, vocês estavam sempre dando suporte pra gente. Vocês sempre ligavam pra mim, né, ‘Jorge, não sei o quê, tem reunião...’ (...) (Jorge, GF 2)

Na perspectiva dos participantes, o treinamento e a supervisão foram facilitadores. Segundo alguns autores, esses elementos são considerados ingredientes essenciais para a sustentabilidade do suporte interpares e para a experiência de *recovery* dos parceiros (REPPER e CARTER, 2011; TSE ET AL, 2014).

O compartilhamento das próprias experiências dos parceiros no ambiente de trabalho, a atitude acolhedora da equipe e o fato de terem um novo papel social, são aspectos que permeiam as narrativas apresentadas, também apontados como um facilitador não somente do trabalho, mas, sobretudo, do processo de *recovery* (MIYAMOTO e SONO, 2010; REPPER e CARTER, 2011). Benefícios pessoais como ganhar dinheiro, adquirir conhecimento ou habilidades, ter uma rotina de trabalho foram destacados pelos parceiros, aspectos também abordados na literatura (MOWBRAY, MOXLEY e COLLINS, 1998).

4.3 Dificuldades: dificuldades pessoais, condição de existência dos usuários, organização do trabalho e problemas do território

A partir da análise das narrativas, identificamos diferentes níveis de dificuldades: aquelas relacionadas à experiência pessoal e vida familiar do parceiro; aquelas relacionadas à abordagem com o usuário; dificuldades relativas às tarefas de trabalho ou aspectos administrativos do projeto RA; bem como obstáculos encontrados no âmbito dos CAPS e problemas intrínsecos ao território.

No nível da experiência pessoal, o sentimento de “medo”; “falta de coragem” ou “atitude”; “esquecimento”; “baixa autoestima” (devido ao estigma social); dificuldades relacionadas à condição psíquica e efeitos do remédio; dificuldades de circulação na cidade pelo desconhecimento dos trajetos, foram elementos muito presentes nas narrativas:

“No começo foi muito difícil, a ACSM sabe disso, porque eu fui muito sincero, eu abri, eu não cheguei como machão...‘eu vou fazer, vou trabalhar’, sabe, ‘eu tenho toda força’, mentira! Eu sempre falei pra ela (agente) a verdade: ‘ACSM, ó, eu não tô bem, eu tô aqui com você mas às vezes eu tô sentindo, por causa do remédio, né, meio tonto, né. Sempre falei pra ela, né, essas coisas...e às vezes ACSM me dava a mão até pra atravessar a rua, eu tinha muita dificuldade. Uma vez até eu achei tão bonito, quando eu não tava indo de metrô e não sabia nem andar de metro ainda, ela me levou até Madureira pra eu pegar o ônibus, pra vir pra cá. E me ajudou muito.” (Téo, supervisão)

“Eu tinha dificuldades, eu tinha...eu ainda tenho, né, porque eu também tenho esse problema assim de, de, eu não sei se é sério, eu nunca soube...é muito difícil porque aí eu comecei a ver que eu tenho responsabilidade e que eu tô conseguindo. Eu achava que eu não tinha atitude, que eu não tinha, eu não tinha coragem de fazer nada, eu não conseguia e de repente hoje eu já tô nesse estágio, assim, pra mim muito avançado e eu consegui assim, tô conseguindo, né, ver o comportamento das pessoas, tô conseguindo lidar, tô conseguindo que, ao mesmo tempo, que ele é assim eu também sou de um jeito, enfim, nós somos todos assim cada um com um tipo de situação, né?” (Graça, GF1)

Problemas relacionados à saúde física do parente (pai/mãe) foram aspectos que dificultaram o trabalho:

“(...) Às vezes nós mesmos precisamos também de intervenção, né, da família da gente, entendeu, pra ficar melhor ainda, entendeu?! Porque às vezes a gente tem um problema na nossa família que atrapalha um pouco, você fica mal, entendeu? Então... mas não é... não atrapalha totalmente, né, mas você resolvendo ficaria bem melhor assim.” (Jorge, GF1)

Ressaltam-se os obstáculos relacionados à abordagem com os usuários, como: indisponibilidade ou recusa à abordagem da dupla; não adesão ao tratamento no CAPS; isolamento; fala desconexa; sonolência; agressividade; dificuldade de organização e vulnerabilidade social. Ao ser perguntada sobre as dificuldades enfrentadas, uma parceira diz:

“No começo foi difícil (...) não difícil, assim, a abordagem do paciente, porque nem sempre ele tava com um bom humor, sempre chegando pra gente: ‘O quê que vocês querem com a gente? O que é que vocês querem comigo? E você? O quê que vocês querem? Vocês querem falar mal de mim aí dentro e não sei o que’. Isso foi difícil, entendeu, a gente é pra isso, mas a gente superou, a gente tá aí, ele conversa com a gente direitinho, mas tem dia que ele tá demais, que ele tá, não quer saber de nada, não quer falar com a gente, é assim.” (Rosane, GF1)

Os parceiros também relataram dificuldades relacionadas à organização do trabalho ou a problemas administrativos, como, por exemplo, o horário da supervisão, atraso no pagamento, preenchimento dos formulários de intervenção e comunicação com a dupla.

“Assim, eu tive muita dificuldade, mas a ACSM me ajudou muito, eu sempre perguntava para ela as coisas, ‘como faz nota de progresso?’... me esforçava para fazer e dava para ela ler, se não tivesse muito bom ela ia lá e consertava. Me ajudou muito, assim, gosto muito dela, gosto muito de trabalhar com ela, eu ligo para ela, às vezes não tenho crédito, ligo do celular, mas me esforço para gente se comunicar, entendeu? (...) Mas quando eu comecei a trabalhar, eu ía, assim, três vezes na semana no CAPS (serviço onde faz tratamento), tive que abrir mão e ficar só um dia porque eu sei que tenho uma responsabilidade” (Rosane, supervisão)

“(...) Tem um problema que não sei se eles concordam, né, porque eu acho, no meu caso, o horário de ir embora, porque a volta...eu moro em Campo Grande, né, então eu chego no centro e pego um ônibus. Então eu chego em casa, realmente, eu vou em pé no trem, né, porque essa hora não tem como sentar no trem, mas eu acho que se tivesse um horário mais, assim, um pouco mais cedo... a volta é muito estressante. Se a pessoa mora perto eu acho que não tem tanto problema, mas para quem mora longe, assim, eu acho que a única coisa, para mim, como moro longe, a sexta-feira sair daqui quase cinco horas, realmente é complicado para mim. Sabe que horas eu chego em casa, oito horas da noite!” (Jorge, GF1)

Apesar de não se identificar, na literatura, estudos que ressaltem as dificuldades de relacionadas aos problemas do território - acessibilidade, mobilidade urbana e violência – para o desenvolvimento do trabalho de suporte interpares, tais problemas se fizeram

presentes como obstáculos para o processo de trabalho, como observado no diálogo e na fala seguir:

-Jorge: “A dificuldade eu acho que foi mais, eu acho que era mais o lado, assim, de violência, né? Porque ela, ela tinha, assim (...) a agente morria, assim, um pouco de medo de violência (...). Uma vez, nós fomos lá no Complexo, Complexo da Maré (...) nós entramos lá, aí eu falei: ‘Venha cá, tu não viu aqueles homens ali, não?’. ‘Onde? Eu não vi homem nenhum, não’. Devia acontecer ao contrário, né? Era eu que via e ela não via nada. Ela não vê nada, ela não vê nada (...)...aí ficamos assim, totalmente zen, né..”.

-Graça: “...E aí tinha também de, não só isso, porque eu... eu também me perdia para caramba, né? Ih, eu me perdia, ela (a agente) ia atrás de mim. Eu...caramba... e ela buscava e tinha dia, ela me trazia se eu não tivesse muito bem, ela trazia. Eu dei um pouquinho de trabalho.”(GF2)

“A agente tinha muita dificuldade no Alemão (comunidade). Ela tinha muito medo (...). Assim, eu também ficava tranquila, porque no lugar que eu moro tinha, assim, de presenciar fogo na frente da minha porta. A casa toda fuzilada, então para mim aquilo ali era, assim, moleza, entendeu? Ela não, já ficava apavorada (...), assim, nessa parte, assim, eu superei legal, mas ela (...) teve um pouco de dificuldade.” (Rosane, GF2)

Dificuldades como falta de remuneração, estresse relacionado ao trabalho, atitudes estigmatizantes direcionadas aos parceiros, diferenças nas relações de poder entre parceiros e profissionais e, principalmente, a pouca delimitação do papel do parceiro são importantes desafios (MOWBRAY, MOXLEY e COLLINS, 1998; REPPER e CARTER, 2011; TSE ET AL, 2014). Embora alguns destes aspectos estejam presentes nas narrativas dos parceiros, prevalecem em seu discurso as dificuldades pessoais em detrimento daquelas relacionadas à organização do processo de trabalho e às diferenças na relação de saber-poder entre membros da equipe e na relação com as equipes dos CAPS.

5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O fato de os participantes constituírem uma amostra intencional, assumindo um triplo papel – de respondentes, trabalhadores do projeto e usuários de saúde mental - pode ser considerado um viés do estudo. Não obstante, em virtude de os participantes serem informantes-chave, situados no contexto de uma pesquisa pioneira de implementação de suporte de pares, assim como a escolha pela triangulação dos métodos, são aspectos que garantem a validade do estudo e sua transferibilidade para outros contextos (CRESWELL, 2014). Se, por um lado, a criação de um ambiente de trabalho acolhedor e o estabelecimento de relações de confiança entre a equipe favoreceram a criação de vínculo com os participantes, por outro, a hierarquia e as diferenças existentes entre os distintos papéis desempenhados pelos parceiros do cuidado e os pesquisadores –

supervisor/coordenador de equipe, clínicos e pesquisadores - podem ter moldado as narrativas dos participantes, fazendo com que críticas ou problemas vivenciados no cotidiano do trabalho não estivessem tão presentes em seu discurso. Ademais, o enquadre institucional característico do local onde foram realizados os grupos focais, e eram realizadas a supervisão clínica (um hospital psiquiátrico), pode ter produzido um acercamento da experiência de adoecimento-restabelecimento narrada pelos parceiros no decorrer de todo o processo de trabalho.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo se propôs a analisar as narrativas de parceiros do cuidado sobre o suporte interpares, com ênfase nas dificuldades, aspectos facilitadores e experiências significativas vivenciadas durante no trabalho no projeto de pesquisa RedeAmericas.

Na perspectiva dos participantes, o suporte interpares revelou-se como uma abordagem potencialmente benéfica, tanto para quem recebe o cuidado, quanto para o próprio parceiro em seu processo de restabelecimento. Apesar disso, dificuldades e desafios também se fazem presentes nas narrativas dos parceiros quando se referem ao trabalho cotidiano de implementação da intervenção.

O processo de trabalho na pesquisa revelou-se como uma experiência significativa na perspectiva dos parceiros, de muitos ganhos e aprendizados, como a remuneração salarial, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e melhora no relacionamento interpessoal. Tais aspectos, somados à aquisição de um novo papel social (o de trabalhador) foram facilitadores tanto do processo de trabalho, quanto do processo de restabelecimento (*recovery*) dos parceiros do cuidado, sendo este o principal achado estudo, que merece ser melhor investigado em pesquisas futuras. O apoio do ACSM e da equipe de pesquisa foram elementos essenciais para o desenvolvimento do trabalho dos parceiros, atuando como facilitadores.

Os parceiros têm clareza acerca de seu papel e atividades, reconhecendo que a sua principal ferramenta de trabalho, que diferencia a sua função em relação ao ACSM, é o compartilhamento de experiências comuns com os usuários acompanhados. Talvez tenha sido esse o motivo porque, em diversos momentos, os parceiros tenham apresentado dificuldades em delimitar as fronteiras entre a própria experiência de adoecimento-restabelecimento e as atividades de trabalho. Nesse sentido, a análise das narrativas indica a existência de uma linha tênue entre o papel de trabalhador e o papel de usuário/doente.

Dentre as principais dificuldades para implementação da intervenção, destacam-se aquelas relacionadas à organização do trabalho; aos problemas do território (mobilidade urbana, violência, condições sócio-sanitárias); às condições de vida e saúde dos usuários acompanhados e às próprias dificuldades pessoais dos parceiros - como falta de autonomia, dependência em relação aos ACSM e à equipe, além de aspectos psíquicos, emocionais e comportamentais, como o medo, ansiedade, desorganização, audição de vozes.

A relação entre facilitadores e barreiras ao trabalho de suporte interpares é dinâmica e muitas vezes paradoxal, na medida em que os aspectos facilitadores em determinados momentos, podem dificultar o trabalho em outros.

A criação de um ambiente dialógico entre pesquisadores e parceiros, a experiência de mutualidade com os usuários acompanhados e a integração das diferentes dimensões da experiência dos parceiros são aspectos que contribuíram para o processo de *recovery* dos mesmos, fazendo do suporte interpares uma abordagem potente e promissora para o cuidado em saúde mental, que merece ser melhor investigada a partir de experiências concretas.

REFERÊNCIAS

ANTHONY, William A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Rehabilitation Journal*, v. 16, n.4, p.11–23, 1993.

ASSIS, Jorge Candido de; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo A. Entre a razão e a ilusão: desmistificando a loucura. São Paulo: Segmento Farma, 2008, 184p.

BACCARI, Ivana Oliveira Preto; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; STEFANELLO, Sabrina. *Recovery*: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n.1, p.125-136, 2015.

CAVALCANTI, Maria Tavares et al. Adaptação da "Critical Time Intervention" para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n. 12, p. 4635-4642, Rio de Janeiro Dezembro 2011.

CHAMBERLIN, Judi. The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, v. 11, n.3, p. 323-336, 1990. Disponível em: <http://www.power2u.org/articles/history-project/ex-patients.html>. Acesso em 22/08/2016.

CRESWELL, John W. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa. Escolhendo entre cinco abordagens. Trad. Sandra Mallman da Rosa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, 341p.

DAHL, Catarina Magalhães et al. "Soy loco, pero estoy em red": El proceso de capacitación com usuários de servicios de Salud Mental para el trabajo de ayuda entre pares em la red de atención psicossocial de Río de Janeiro. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, v. XXIV, p. 445 – 454, 2013.

DAVIDSON, Larry et al. Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 6, n.2, p.164-187, June 1999.

DAVIDSON, Larry. *Living Outside Mental Illness. Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York and London: New York University Press, 2003, 227 p.

DAVIDSON, Larry et al. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull.*, v.32, n.3, p. 443-50, February 3 2006.

DEEGAN, Patricia. Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v.19, n. 3, p.91-7, Winter 1996.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis* v.24, n.4, p.1103-1126, Rio de Janeiro Oct./Dec. 2014.

DUARTE, Maria de Lourdes C e KANTORSKI, Luciane P. Avaliação da atenção prestada aos familiares aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Enferm*, v. 64, n.1, 47-52, jan-fev 2011.

EL-JAICK Fernando et al. Usuários da saúde mental como educadores: o que suas narrativas podem nos ensinar? *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 20, n.56,p. 227-238, 2016.

FARKAS, Marianne; ANTHONY, William A. Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *Int. Rev. Psychiatry*, 010;22(2):114-129.

FOSSEY et al. Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* v. 36, p.717–32, 2002.

GADAMER, Hans-Georg. Verdade e Método I. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 2005.

GIVEN, Lisa M (ed). The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods, Vol. 1 e 2. London, Los Angelis, New Delhi, Singapore: SAGE, p-353, 2008, 1043p.

LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP. Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet*, n. 370, n.9594, p. 1241–1252, 2007.

LEFLEY, Harriet P. O papel da família na integração comunitária: A promoção de serviços de saúde mental, investigação e recovery. In: Ornelas J, Monteiro FJ, Moniz MJV, Duarte T (org.). Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares. Lisboa: AEIPS Edições, 2005, p.57-80.

LOPES, Tatiana Scala et al. O Processo de Restabelecimento na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Esquizofrênico e de Psiquiatras da Rede Pública de Atenção Psicossocial. *Saúde e Sociedade*, v. 21, p. 558-571, 2012.

MEAD, Sherry; HILTON, David; CURTIS, Laurie. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 25, n.2, p. 134-141, fall 2001.

MIYAMOTO, Yuki; SONO, Tamaki. Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: a review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, n. 8, p. 22-9, 2012.

MOWBRAY, Carol T.; MOXLEY, David P.; COLLINS, Mary E. Consumers as mental health providers: first-person accounts of benefits and limitations. *J Behav Health Serv Res.*, v.25, n.44, p. 397-411, November 1998.

PARNAS, Josef; SASS, Louis A. Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions. *PPP*, v. 8, n. 2- 3, 9.101-120 June-September 2001.

PRESOTTO, Rodrigo Fernando et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2837-2845, 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, 158 p.

REPPER, Julie; CARTER, Tim. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*, v.20, n.4, p. 392-411, August 2011.

RIESSMAN, Catherine Kohler. Narrative Methods for the Human Sciences. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications, 2008, 251 p.

SARACENO, B. *Libertando Identidades*. Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: TeCorá/Instituto Franco Basaglia, 2001, 176p.

SOLOMON, Phyllis. Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. 27, n. 4, p.392-401, Spring 2004.

STASTNY, Peter; BROWN, Celia. Peer specialist: origins, pitfalls and worldwide dissemination. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, v. XXIV,n. 112, Noviembre-Diciembre 2013, 455-9.

STASTNY, Peter. Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cad. Saúde Colet.*, v. 20, n.4, p. 473-81, 2012.

SUSSER, Ezra et al. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, v. 87, n.2, p. 256–262, 1997.

SUSSER, Ezra. The RedeAmericas. *Cad. Saúde Colet.*, v. 20, n. 4, p. 403-4, 2012.

TSE, Samson et al. Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: preliminary evaluation and experience. *Int J Soc Psychiatry*, v.60, n.3, p.211-8, May 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In VASCONCELOS, EM (ORG). *Abordagens Psicossociais, Volume 2, Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da Cultura e das Lutas Populares*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 56-136.

VILLARES, Cecília Cruz et al. Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, Mário Dinis (org.) *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

WEINGARTEN, Richard. *O Movimento de Usuários em Saúde Mental nos Estados Unidos. História, processos de ajuda e suporte mútuos e militância*. Rio de Janeiro: Projeto Transversões (ESS/UFRJ) e Instituto Franco Basaglia, 2001, 64p.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer ao Instituto Nacional de Saúde Mental (*National Institute of Mental Health - NIMH grant 1 U19 MH095718*) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio financeiro; a todos os colegas do projeto RedeAméricas que contribuíram direta ou indiretamente para realização desse trabalho, em especial, aos parceiros do cuidado, por nos ensinar a manter esperança.